

### Gesundheitsfragebogen

**Patient-Name des Kindes:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

**Anschrift-Straße:** \_\_\_\_\_ **Haus-Nr.:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Versicherter-Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

**Anschrift-Straße:** \_\_\_\_\_ **Haus-Nr.:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsträger:** gesetzlich  privat  Zusatzversicherung  **Erziehungsberechtigte:** Mutter  Vater   
**Name Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Überweisung durch:** Kinderarzt  Hausarzt  Name des Arztes \_\_\_\_\_ **empfohlen durch:** \_\_\_\_\_

Möchten Sie in Zukunft per Telefon  per SMS  per Mail  an Ihren nächsten Termin/Recalltermin erinnert werden?

**Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?:** \_\_\_\_\_

Mein Kind hat folgende Krankheiten \_\_\_\_\_

Mein Kind hat Creutzfeld-Jakob-Krankheit? \_\_\_\_\_ Mein Kind hat Krankenhauskeim(MRSA)? \_\_\_\_\_

Mein Kind hatte folgende schwere Krankheiten (Wann?) \_\_\_\_\_

Mein Kind nimmt folgende Medikamente \_\_\_\_\_ Mein Kind ist allergisch gegen \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_ Tag/en Nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja  Nein

Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? Ja  Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? Ja  Nein

Hat Ihr Kind vor irgendetwas besondere Angst? \_\_\_\_\_

Haben Sie Mutter/Vater Angst vorm Zahnarzt? Ja  Nein

Die Zähne werden geputzt: vom Kind  mit Hilfe der Eltern  von den Eltern

Wie oft werden die Zähne Ihres Kindes geputzt? 2x/Tag  1x/Tag  weniger

Was isst Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten? \_\_\_\_\_

Was trinkt Ihr Kind? \_\_\_\_\_ Benutzt Ihr Kind eine Trinkflasche? Ja  Nein

---

**Bitte machen Sie Angaben über die „Welt“ Ihres Kindes (besonders Wichtiges bitte unterstreichen):**

Mein Kind besucht:  eine Krabbelgruppe  den Kindergarten  die Schule – Klasse: \_\_\_\_\_

Sportliche Betätigung: \_\_\_\_\_ Hobbies: \_\_\_\_\_

Lieblingsbeschäftigung: \_\_\_\_\_ Was wir noch über Ihr Kind wissen sollten: \_\_\_\_\_

Lieblingsschulfach: \_\_\_\_\_ Lieblingsbuch: \_\_\_\_\_ Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_

Lieblingssessen: \_\_\_\_\_ Lieblingskuscheltier (eventuell mitbringen): \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie auch unsere Tipps für den Besuch beim Kinderzahnarzt!**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Erziehungsberechtigte:** \_\_\_\_\_